



Łódź, dnia .....

Imię i nazwisko .....

Rok i kierunek studiów .....

Studia stacjonarne / niestacjonarne / doktoranckie / I stopnia/ II stopnia (*proszę zaznaczyć*)

PESEL ..... Seria i Nr Dowodu Osobistego .....

Nazwisko rodowe ..... Obywatelstwo .....

Adres zameldowania na pobyt stały .....

.....

Gmina ..... Województwo .....

Nr telefonu ..... Narodowy Fundusz Zdrowia .....

### **WNIOSEK o ubezpieczenie zdrowotne**

Wnoszę o ubezpieczenie zdrowotne przez Szkołę Wyższą Ekonomii i Zarządzania i jednocześnie  
**oświadczam, że:**

1. nie podlegam ubezpieczeniu jako członek rodziny ubezpieczonego (rodzica lub współmałżonka),
2. nie pozostaję w stosunku pracy, stosunku służbowym, nie prowadzę działalności gospodarczej objętej ubezpieczeniem społecznym,
3. nie jestem zatrudniony na umowę zlecenie,
4. nie pobieram świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego,
5. nie otrzymuję zasiłku stałego z pomocy społecznej,
6. nie jestem uprawniony do pobierania świadczeń alimentacyjnych,
7. nie jestem osobą bezrobotną,
8. nie jestem rolnikiem ani pracującym domownikiem rolnika w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników,
9. nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z pozostałych tytułów wymienionych w art. 66 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity - Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027).

W przypadku zaistnienia którejkolwiek z wymienionych okoliczności, w tym również zmiana stanu cywilnego, a tym samym powstania innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego pod rygorem poniesienia odpowiedzialności zobowiązuję się do powiadomienia o tym fakcie w terminie 7 dni od daty jego powstania Uczelnię przez złożenie do Dziekanatu druku ZWUA, zobowiązuję się także dostarczenia informacji **o obronie pracy dyplomowej lub skreśleniu z listy studentów lub doktorantów.**

Oświadczam, że w przypadku zmiany danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym do ubezpieczenia zdrowotnego (np. zmiana nr dokumentu potwierdzającego tożsamość, zmiana nazwiska, zmiana adresu zamieszkania) poinformuję Dziekanat Uczelni o tym fakcie w terminie do 7 dni od daty powstania zmiany lub uzyskania dokumentu potwierdzającego zmianę

.....  
(czytelny podpis studenta)

### **UWAGA**

*W przypadku utraty statusu studenta lub doktoranta (obrona pracy dyplomowej lub skreślenie z listy) następuje automatyczne wyrejestrowanie z ubezpieczenia zdrowotnego. Po przywróceniu praw studenta lub doktoranta należy ponownie złożyć wniosek o ubezpieczenie zdrowotne.*